飯田橋公共職業安定所長長　　殿

労 働 保 険 継 続 事 業 一 括 認 可 等 確 認 照 会 票

１　依頼理由

２　指定を受けている事業（指定事業）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 府県 | 所掌 | 管轄 | 基幹番号 | 枝番号 |
| 労働保険番号 | １３ |  |  |  |  |
| 所　 在 　地 |  | | | | |
| 名　　　　称 |  | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | |
| 連絡先電話番号 |  | | | | |

３　照会の区分

照会事項に該当する番号を〇で囲んでください。また、「２」「３」については、必要事項も記入してください。

１　全ての被一括事業を照会

２　次の管轄区域にある日一括事業のみ照会

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 都道府県 | 所掌 | 管轄 |
|  |  |  |

３　次の整理番号のみ照会

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整　理　番　号 |  |  |
| 被一括事業の名称 |  | |
| 被一括事業の所在地 |  | |

＜代理人（社会保険労務士等）に照会を依頼する場合は、以下にも記入願います。＞

下記２の者を代理人と定め、下記１に規定する権限を委任します。

１　権限：

２　代理人　住所：

　　　　　　　氏名：

　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　担当者：

令和４年６月２０日

　　　　　　　所在地

事業主　　名　称

氏　名